

TESIS
2378

CONSULTA EN SALA

UNIVERSIDAD
DEL
SALVADOR

Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública

P A D R I N O D E T E S I S

" SALUD Y ECONOMIA -
CALIDAD Y COSTOS
HOSPITALARIOS "



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Autor:

Prof. Dr. Ricardo A. J. Rezzónico

Tesis de Doctorado en Salud Pública

Buenos Aires, marzo de 1994

Universidad del Salvador
Sala de Lectura
de Medicina

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

Los hospitales públicos y la autogestión

ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA SALUD

Evaluación de los costos de atención

Evaluación "ex ante"

PADRINO DE TESIS

Director General

Evaluación económica

Evaluación "ex ante"

Director

Prof. Dr. Jorge Lemus

Director

estándares

de la cobertura

El costo de la

El costo de la

Programación y presupuestación

programación financiera

presupuesto

Programación por programas y actividades

Titulación

Programación

actividades

relación de

relación de

relación de

relación de



USAL
 UNIVERSIDAD
 DEL SALVADOR

T A B L A D E C O N T E N I D O S

	Página Nº
INTRODUCCION	1
Los hospitales públicos y la autogestión	10
ASPECTOS ECONOMICOS DE LA SALUD	16
Evaluación y toma de decisiones	18
. evaluación "ex ante"	19
. evaluación económica	19
. evaluación financiera	20
. evaluación epidemiológica	20
. evaluación social	21
Costos	30
. históricos o reales	35
. estimados	35
. estándares	35
. de la cobertura	36
El costo de la calidad	37
El costo de la no calidad	49
Programación y presupuestación	52
. programación financiera	52
. presupuesto	53
Presupuesto por programas y actividades	56
. funciones	57
. programas	57
. actividades	57
. unidades de producción	58
La contabilidad en los hospitales	59
. contabilidad de costos	60
. costos fijos, variables, directos e indirectos	62



UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Control de gestión y centros de responsabilidad	66
. centros de costos	68
. centros de resultados financieros	68
. centros de inversiones	68
Aumento del gasto en salud	71
Costo-beneficio y costo-eficacia	76
. análisis del costo-beneficio y costo-eficacia	81
. demarcación entre programas alternativos	81
Educación del médico	86
. en el pregrado	87
. en el posgrado inmediato	88
. educación médica continuada	88
Etica y asignación de recursos	88
Educación de la población	92
COSTOS HOSPITALARIOS	97
Metodología	98
Sectorización del hospital	99
. sectores finales	100
. sectores intermedios	100
. sectores generales	100
Listado de sectores del hospital	100
Asignación de unidades de producción	102
Definición del gasto	104
Composición del gasto	106
Comentarios	119
BIBLIOGRAFIA	125

INTRODUCTION

Las ciencias biológicas son la base de la medicina y la salud pública. El estudio de la vida y sus procesos es esencial para comprender la enfermedad y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento.

En el presente trabajo se aborda el estudio de la vida y sus procesos, desde la perspectiva de la biología celular y molecular. Se exploran los mecanismos de la vida a nivel celular y molecular, así como su relación con la salud y la enfermedad.

El presente trabajo tiene como objetivo principal proporcionar una visión general de la biología celular y molecular, así como su aplicación en la medicina y la salud pública.

INTRODUCTION

La biología es la ciencia que estudia la vida y sus procesos. Se divide en varias ramas, como la biología celular, la biología molecular, la fisiología, la ecología, etc. El estudio de la vida y sus procesos es esencial para comprender la enfermedad y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento.

En el presente trabajo se aborda el estudio de la vida y sus procesos, desde la perspectiva de la biología celular y molecular. Se exploran los mecanismos de la vida a nivel celular y molecular, así como su relación con la salud y la enfermedad.

El presente trabajo tiene como objetivo principal proporcionar una visión general de la biología celular y molecular, así como su aplicación en la medicina y la salud pública.

El presente trabajo tiene como objetivo principal proporcionar una visión general de la biología celular y molecular, así como su aplicación en la medicina y la salud pública.

El presente trabajo tiene como objetivo principal proporcionar una visión general de la biología celular y molecular, así como su aplicación en la medicina y la salud pública.

El presente trabajo tiene como objetivo principal proporcionar una visión general de la biología celular y molecular, así como su aplicación en la medicina y la salud pública.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

INTRODUCCION

El crecimiento de los sistemas de salud y la vuelta a la "medicalización" del concepto, es una inquietud universal.

Durante mucho tiempo existió en nuestro país, al igual que en muchos otros, desarrollados o no, una gran confusión sobre el contenido del concepto SALUD.

Esta confusión llevó a que en los últimos años el término fuera interpretado como el tratamiento de la ENFERMEDAD, resultando de esto de una gran mezcla de recursos técnicos, humanos, materiales, etc., que significaron una importante inversión de dinero en tratar entidades nosológicas que pudieron ser evitadas.

Es decir, se privilegió el concepto "enfermedad", con gran incremento del recurso humano (estimulado por falta de una política universitaria adecuada), un desmesurado aumento del número de camas disponibles (no precisamente en las especialidades más demandadas), permitiendo para el incremento de especialidades medicinales (sin evaluar la utilidad de las mismas) y un desarrollo acrítico de los recursos tecnológicos (de los cuáles, hoy comienza a desconfiarse en cuanto a sus limitaciones) (1).

Es muy difícil determinar lo que se gasta en atención médica en un país, fundamentalmente debido a la falta de registros minuciosos del costo de las diferentes unidades de atención médica gubernamental y privada. Otro de los problemas importantes es poder separar dentro de la contabilidad lo que significa gasto en docencia y en investigación, de lo que es medicina propiamente dicho.

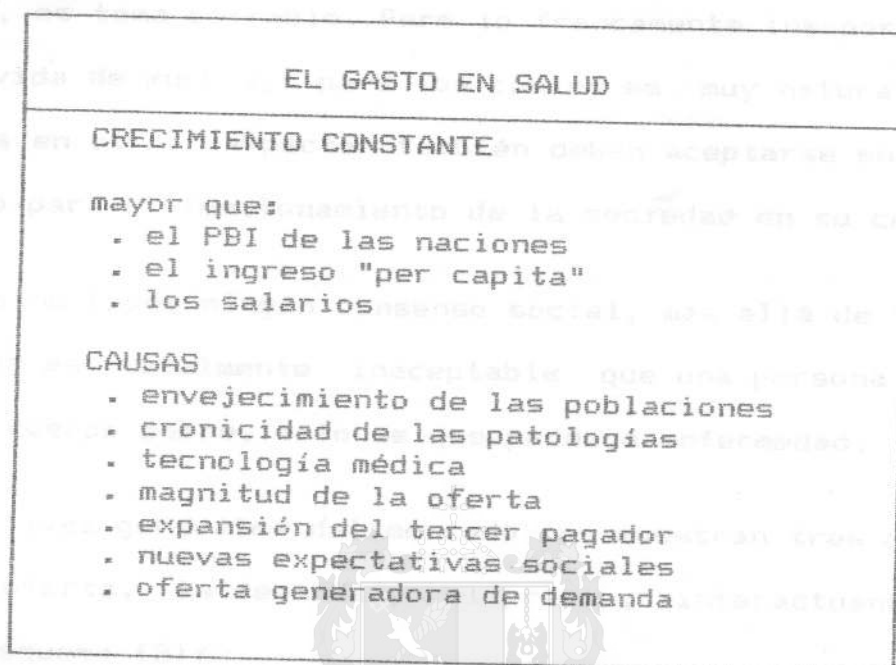
En los países en vías de desarrollo, el cálculo se complica aún más porque la falta de buenos sistemas impositivos hace que se desconozca el ingreso que perciben los médicos, las clínicas, los hospitales y aún los laboratorios de producción de medicamentos, porque estos ingresos no se reflejan correctamente en lo que pagan en impuestos.

Dentro de las varias formas de tener idea del gasto que significa la atención médica en un país, la más habitual es referirla al ingreso nacional bruto o al ingreso "per capita", expresando el primero en el porcentaje que el gasto en salud representa sobre el producto bruto interno (PBI) y el segundo en la cantidad de pesos (o dólares) que gasta anualmente, en promedio, cada habitante. También se ha dicho que el gasto que representa operar los hospitales es, aproximadamente, el 50 a 60% del presupuesto en salud, y que un 20% del gasto total se destina en inversiones para instalaciones médicas.

En los países con renta nacional alta, con la única excepción de Inglaterra, los gastos han tendido a elevarse en una magnitud tal, que cada diez años se absorbe un 1% suplementario, o más.

En nuestro país, con un gasto equivalente al 8.24% del PBI, preocupa sobremanera que se trata de un crecimiento vinculado a la lógica comercial y a las leyes económicas de la tecnología, donde el Estado paga cada vez menos y mucho más el bolsillo de los argentinos. Mientras que, tradicionalmente, cada uno de los tres sectores (público, obras sociales y privado) pagaba un tercio del gasto, ahora el aporte es del 22.7%, 39.1% y 38.2%, respectivamente, para las diferentes coberturas de población, como se verá oportunamente (2).

Este crecimiento universal del gasto en salud es constante y reconoce causas, que se reseñan en el siguiente gráfico (3):



Tomado de E.L. PAMPLIEGAS

El debilitamiento del Estado de "bienestar" y el desarrollo de un formidable complejo médico-industrial, al amparo de las tendencias "mercadistas", ha generado una especie de confrontación severa entre el Estado y el mercado, como si fueran dos antinomias.

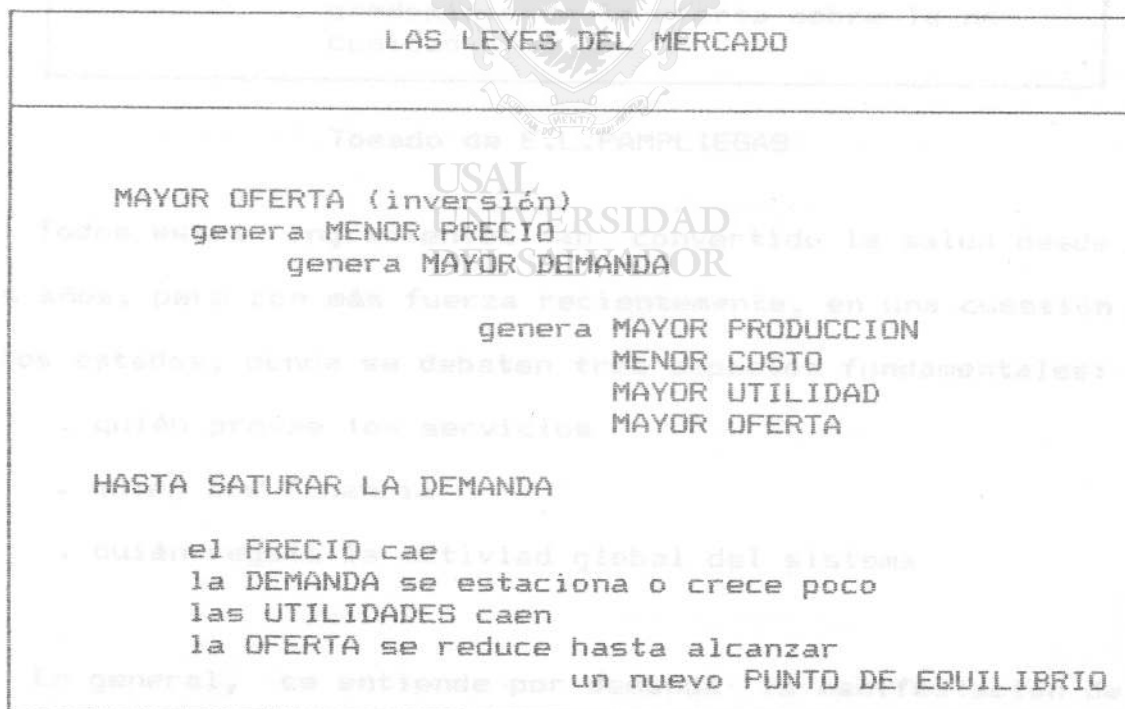
La idea del Estado mínimo y del mercado máximo empezó a revivir fuerte y curiosamente, ya que ha sido el Estado como gran ordenador de la sociedad, el que permitió que se desarrollara la potencialidad de los mercados y la conversión en Estados poderosos.

Más que confrontación sería una asinergia, cuyo punto de inflexión pareciera estar ejemplificado en el resultado electoral en USA que, de alguna manera, castigó la ineficiencia de un "mercadismo" en salud, que condenó al pueblo de mayor desarrollo a trabajar dos meses por año para pagar la cuenta de la salud y a treinta y siete millones de americanos a la desprotección de cualquier tipo de cobertura.

El tema de si el mercado da suficiente eficiencia para ser un efectivo organizador social, que genera la equidad en la protección de la salud, es tema opinable. Pero lo francamente insoportable, es la idea atrevida de muchos, para los cuáles es muy natural que las desigualdades en otros aspectos también deben aceptarse en salud, como un incentivo para el funcionamiento de la sociedad en su conjunto.

Esto no tiene ningún consenso social, más allá de las ideologías, puesto que es totalmente inaceptable que una persona por ser pobre tenga un cuerpo pobre, esto es que padezca enfermedad.

Las leyes generales del mercado nos muestran tres grandes elementos; la oferta, la demanda y el precio, interactuando según el siguiente esquema (3):



Tomado de E.L.PAMPLIEGAS

En el mercado de salud estas leyes se comportan de otro modo, conforme se grafica a continuación (3):

LAS LEYES DEL MERCADO DE LA SALUD

ELASTICIDAD: El precio influye menos en la demanda

OFERTA: Suele no acompañar las variaciones en el precio

PRECIO: hay razones para suponer que el esquema de precios
 . a cargo del tercero pagador
 . no lo fija el mercado (por lo general)

DEMANDA
 . la decisión suele tomarla la oferta
 . influencia de los factores culturales y psicológicos (medios de comunicación)

CONSECUENCIAS:
 . deterioro de los mecanismos reguladores de la demanda
 . predominio de la oferta sobre la necesidad

Tomado de E.L.PAMPLIEGAS

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Todos estos ingredientes han convertido la salud desde hace muchos años, pero con más fuerza recientemente, en una cuestión política de los estados, donde se debaten tres aspectos fundamentales:

- quién provee los servicios
- quién los financia
- quién regula la actividad global del sistema

CÓMO SE FINANCIA UNA ACTIVIDAD

En general, se entiende por demanda la manifestación de que alguien esté dispuesto a satisfacer una necesidad personal a base de pagar un precio. Para la mayoría de bienes y servicios, la demanda a un precio dado, constituye la única señal a la que se atienen los pro-

¿dónde? : distribución de los recursos
 ¿quién? : niveles de decisión, autoridades

Tomado de E.L.PAMPLIEGAS

ductores para tomar sus decisiones de producción. Si existe un conjunto de individuos que valoran un servicio y están dispuestos a pagar un determinado precio, entonces los productores ofrecerán sus bienes o servicios teniendo en cuenta esa información. Este es el esquema básico del mercado que explica el funcionamiento de la mayor parte de la actividad de producción, intercambio y consumo de cualquier cosa que tenga un precio en los países capitalistas o de economías mixtas (4).

Sin embargo, cuando se contempla el mercado de servicios sanitarios y médicos hay razones para suponer que el esquema descrito no funciona; a lo sumo, el individuo inicia la demanda cuando reconoce o intuye la necesidad de servicios médicos, pero aquí termina su decisión autónoma. A partir de su primer movimiento en busca del oferente (médico), se producen un conjunto de excepciones que invalidan el modelo convencional de comportamiento del consumidor en el mercado. Estas excepciones consisten en que por una parte suele ser el propio médico quién actuando como agente del consumidor (paciente) reconoce y legítima sus necesidades sanitarias y decide la pauta de consumo adecuada, es decir conforma la demanda del consumidor.

En el marco de una tendencia "mercadista", cuyos elementos positivos (competencia, incentivos, etc.) no pueden discutirse, es muy importante definir la financiación con criterios de política sanitaria y ética social (3).

COMO SE FINANCIA UNA ACTIVIDAD

cómo? : disposiciones legales o administrativas

cuánto? : magnitud

cuándo? : momento, frecuencia

de dónde? : quién paga

a dónde? : distribución de los recursos

quién? : niveles de decisión, mecanismos

La financiación pública es hoy una constante en casi todos los países, más importante cuanto más desarrollados son los mismos, a excepción de Estados Unidos.

Sus sistemas de salud tienen un Estado financiador de servicios (vía pública, directa, rentas generales o de la seguridad social), que es fuerte comprador de los mismos y marcadamente regulador de las profesiones, los recursos humanos, la oferta y la demanda (en temas ambientales, educación sanitaria, etc.). En la mayoría de ellos, los seguros privados son reducidos y están obligados legalmente a cumplir exigentes requisitos, uno de los cuáles es poseer estructura propia (5).

Todo momento crítico lleva forzosamente a cambiar. Pero ese cambio, que pretende resolver los problemas vigentes, depende de la correcta definición de estos.

Para ello existen dos opciones: la primera, considerar la salud como un bien social indispensable para la vida de las personas, y que el Estado debe garantizar la cobertura universal; la segunda, abordarla como un tema privado de resolución a nivel personal o familiar.

El Informe del Banco Mundial del año 1993, titulado "Invirtiendo en Salud" nos enseña que la salud es una inversión, y que dar igualdad de oportunidades permite generar condiciones de salud tal, que las personas dejan de ser una carga (6).

En nuestro país, el recurso que se destina a salud puede considerarse suficiente, si no alto, con cifras de alrededor de 16.000.000 de dólares. Sin embargo, este recurso no llega a la población en forma equitativa.

El sector privado de prestaciones médicas canaliza cerca del 40% del recurso económico, para cubrir apenas el 8% de la población. El sector social maneja otro tanto y lo aplica en el sector independiente para cubrir un 40% de la población, haciendo refluir sobre el sector público un 20% de sus afiliados que no reciben satisfacción del área al cual aportan. El sector público, injustamente tildado de ineficiente, recibe por la vía de rentas generales el 20-22% del recurso financiero, con el cual debe cubrir las necesidades del 50% de la población compuesta por el 30% de habitantes sin cobertura (la mayoría indigentes) y el 20% de demanda no satisfecha por el sector social.

La salud de los argentinos está mal atendida, y así es percibida por los propios usuarios, que están mayoritariamente desagrados con el sistema. No faltan recursos humanos, financieros ni técnicos y, sin embargo, la crisis parece insoluble.

Pensamos que el gran marco político en el que se debe encuadrar una solución es la DESCENTRALIZACIÓN, que supone prioritariamente la capacidad de planificación y gestión local, lo que implica el diagnóstico epidemiológico para determinar los factores de riesgo, los grupos vulnerables y los programas de prevención. La estrategia no puede ser otra que la Atención Primaria de la Salud (APS) (7).

Prevenir económicamente, en forma efectiva y no declamada, las acciones destinadas a evitar que el daño se produzca, es un criterio con gran repercusión en la salud pública, tanto en la calidad como en los costos.

Aparece así el concepto de Seguro de Salud, como respuesta a necesidades muchas veces no percibidas por la propia población y que no

se manifiestan como demanda. De ahí surge una gran dificultad para la financiación de este tipo de acciones, porque tampoco la gente utiliza parte de sus ingresos para combatir las.

No puede esperarse que el mercado como tal, ni la acción de los particulares, vayan a asumir actividades de prevención cuyos resultados se ven a largo plazo y solo a través de indicadores estadísticos.

A lo sumo, se puede esperar que el sector privado asuma los seguros de enfermedad, pero no los de salud, que son necesarios para desarrollar las estrategias de la APS, y que requieren una tendencia exactamente opuesta a la oferta tradicional de servicios profesionales (7).

El Seguro Nacional de Salud pareciera ser el camino para la desregulación y, hasta ahora, nadie lo ha desmentido; lo que pasa es que hay opiniones muy distintas de cómo organizarlo. Dicho Seguro debería cumplir con tres funciones básicas: administrar los fondos, constituir el marco regulatorio de las actividades del sistema y definir el modelo prestacional (8).

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

LOS HOSPITALES PUBLICOS Y LA AUTOGESTION

Dentro del escenario futuro del sector de salud, los hospitales públicos han sido objeto de diversas propuestas:

- 1.- La primera y más dramática es su desaparición a través de la venta y lisa y llana de los mismos (9).
- 2.- Mejorar su administración y financiamiento, dentro del actual sistema de gasto público, completado con la facturación adicional por servicios prestados a la Seguridad Social, opción propuesta por